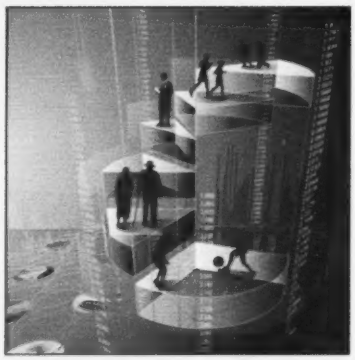
Composante du produit nº 82-003-X au catalogue de Statistique Canada
Rapports sur la santé

Article

Besoins perçus de soins de santé mentale au Canada : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (2012)



par Adam Sunderland et Leanne C. Findlay

Septembre 2013

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros sans frais suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-877-287-4369

Programme des services de dépôt

Service de renseignements 1-800-635-7943
Télécopieur 1-800-565-7757

Comment accéder à ce produit

Le produit n° 82-003-X. au catalogue est disponible gratuitement sous format électronique. Pour obtenir un exemplaire, il suffit de visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca et de parcourir par « Ressource clé » > « Publications ».

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « À propos de nous » > « Notre organisme » > « Offrir des services aux Canadiens ».

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2013

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada (http://www.statcan.gc.ca/reference/licence-fra.html).

This publication is also available in English.

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, ses entreprises, ses administrations et les autres établissements. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0^s	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
p	provisoire
r	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
E	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

Besoins perçus de soins de santé mentale au Canada : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (2012)

par Adam Sunderland et Leanne C. Findlay

Résumé

Contexte

Les travaux de recherche antérieurs et les données d'enquêtes nationales sur les besoins perçus des Canadiens en matière de soins de santé mentale (SSM) ont porté principalement sur les besoins non satisfaits dans leur ensemble, et non sur les types spécifiques de besoins de SSM ou la mesure dans laquelle les besoins sont satisfaits.

Données et méthodes

À partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (ESCC – SM) menée en 2012, le présent article décrit la prévalence des besoins perçus de SSM en matière d'information, de médicaments, de services de consultation et d'autres services. Les auteurs explorent la mesure dans laquelle chaque type de besoin a été satisfait et examinent les liens entre les facteurs de risque de besoin de SSM et la mesure dans laquelle les besoins ont été satisfaits.

Résultats

En 2012, environ 17 % de la population de 15 ans et plus a déclaré avoir éprouvé un besoin de SSM au cours des 12 mois précédents. Les deux tiers (67 %) d'entre eux ont dit que leur besoin avait été satisfait; il a été partiellement satisfait et non satisfait dans 21 % et 12 % des cas, respectivement. Le type de besoin à la fois le plus souvent mentionné et le moins susceptible d'être satisfait était les services de consultation. La détresse était un prédicteur de l'état du besoin perçu de SSM.

Interprétation

On estime que bon nombre de Canadiens ont des besoins de SSM, particulièrement en matière de services de consultation. Les personnes éprouvant des niveaux élevés de détresse sont beaucoup plus susceptibles d'avoir des besoins de SSM non satisfaits et partiellement satisfaits que des besoins entièrement satisfaits, qu'elles souffrent ou non de troubles de santé mentale ou de troubles liés à l'utilisation d'une substance.

Mots-clés

Maladie mentale, trouble de santé mentale, détresse.

Auteurs

Adam Sunderland et Leanne C. Findlay (1-613-951-4648, leanne.findlay@statcan.gc.ca) travaillent à la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0T6.

Beaucoup de Canadiens ont des besoins de soins de santé mentale (SSM), mais ces besoins ne sont pas tous satisfaits[1,2]. De fait, la présence d'une maladie mentale a souvent été associée à un besoin non satisfait[1,3], malgré des pratiques fondées sur des données probantes qui suggèrent que la maladie mentale peut être traitée avec succès[4-7]. On a montré que les taux de besoins non satisfaits sont élevés chez les personnes répondant aux critères de maladie mentale[8], particulièrement celles qui souffrent de dépression[9]. Ce renseignement est pertinent compte tenu du fait qu'en 2012, on estimait que 10 % des Canadiens avaient souffert d'un trouble mental (dépression, trouble bipolaire, trouble anxieux généralisé, abus d'alcool, de cannabis ou de drogues ou dépendance à l'alcool, au cannabis ou aux drogues) au cours de l'année précédente[10].

Outre les troubles mentaux, d'autres facteurs de risque peuvent influer sur les besoins de SSM et (ou) sur la probabilité que ces besoins soient satisfaits. Des niveaux élevés de détresse, qu'ils soient accompagnés ou non d'une maladie mentale diagnostiquée, sont aussi liés à des besoins de SSM et à une utilisation de services de SSM[1,3,11]. En outre, les personnes ayant des problèmes de santé physique chroniques sont plus susceptibles que les autres de déclarer des besoins de SSM[12], particulièrement des besoins non satisfaits[2].

Bon nombre d'études sur les besoins de SSM sont limitées du fait qu'elles mettent l'accent sur les

besoins perçus non satisfaits[8,13,14], et non sur la mesure dans laquelle les besoins sont satisfaits ou non satisfaits[1,2,8,9]. Par exemple, le concept de besoin « partiellement satisfait » s'applique aux personnes qui ont reçu certains SSM, mais qui estiment en avoir eu besoin davantage. Une autre limite des analyses antérieures tient au fait que les chercheurs se penchent généralement sur les besoins non satisfaits de SSM dans leur ensemble, plutôt que sur des besoins spécifiques[2,8,9,15].

En se fondant sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (ESCC – SM) menée en 2012, le présent article décrit la prévalence de quatre types de besoins de SSM perçus (information, médicaments, consultation et autres), ainsi que la mesure dans laquelle ils ont été satisfaits par rapport aux facteurs de risque de besoins de SSM, nommément les troubles mentaux, la détresse ou les problèmes de santé physique chroniques. Les obstacles éventuels à l'obtention de SSM sont aussi explorés.

Méthodologie

Source des données

L'ESCC – SM de 2012, une enquête transversale, fournit des estimations nationales des principaux troubles mentaux et de la prestation de services de SSM. L'échantillon de l'enquête était composé de la population à domicile de 15 ans et plus des provinces. En étaient exclus les habitants des réserves ou d'autres établissements autochtones, les membres à temps plein des Forces canadiennes, ainsi que les personnes vivant en établissement. Le taux de réponse a été de 68,9 %, ce qui a produit un échantillon de 25 113 personnes représentatif de 28,3 millions de Canadiens[16].

Besoin perçu et état du besoin

Dans les travaux publiés, les besoins de SSM sont généralement mesurés en fonction des besoins perçus d'aide ou de traitement, plutôt qu'en fonction de la présence d'un trouble mental ou de l'utilisation des services[8,12,13,17], car les personnes chez qui l'on a diagnostiqué une maladie mentale ne perçoivent pas toutes un besoin de traitement[1,18] et les personnes qui perçoivent un besoin de SSM ne cherchent pas toutes à en obtenir[2,14]. En outre, les SSM peuvent aider les personnes ayant un niveau infraliminaire de maladie mentale[19-21] et prévenir chez elles l'apparition d'une maladie mentale grave[22].

L'ESCC – SM renfermait des questions sur la nature de l'aide pour le traitement des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues. On distinguait quatre types d'aide : 1) l'information sur les problèmes ou sur les traitements ou services disponibles; 2) les médicaments; 3) la consultation, thérapie ou aide concernant les relations interpersonnelles; et 4) les autres services de santé mentale. On a demandé aux participants à l'enquête quels types d'aide ils avaient reçue au cours des 12 mois précédents et, pour chaque type mentionné, s'ils estimaient en avoir reçue suffisamment. Pour chaque type d'aide non reçue, on leur a demandé s'ils estimaient en avoir eu besoin. À partir de ces renseignements, on a créé une variable comportant quatre niveaux d'état du besoin pour chaque type de SSM : 1) besoin nul; 2) besoin non satisfait (n'a pas reçu ce type d'aide, mais estime en avoir eu besoin); 3) besoin partiellement satisfait (a reçu ce type d'aide, mais estime en avoir eu besoin davantage); et 4) besoin satisfait (a reçu ce type d'aide et estime ne plus en avoir eu besoin). Des variables dichotomiques de besoin perçu ont aussi été établies pour chaque type de besoin, pour représenter les besoins non satisfaits, partiellement satisfaits ou satisfaits (plutôt que besoin nul). Enfin, l'état du besoin et une variable dichotomique de besoin perçu pour « n'importe quel » besoin ont été créées en combinant les variables d'état du besoin pour les quatre types de besoins. Aux fins de la présente étude, un besoin « partiellement satisfait » désigne un besoin plus grand pour n'importe quel type d'aide, ou encore un besoin satisfait pour un type d'aide donné, mais non satisfait pour un autre.

Corrélats des besoins perçus de SSM

Les analyses des besoins de SSM font souvent appel au modèle comportemental d'utilisation des services de santé d'Andersen[8,23,24], qui associe à l'utilisation des services de santé des facteurs de *prédisposition* (liés à la tendance à utiliser les services de soins de santé), des ressources *habilitantes* (disponibilité des installations et du personnel, et la connaissance des ressources disponibles et la capacité à y accéder) et des facteurs *liés aux besoins* (état de santé).

Facteurs de prédisposition

Les participants à l'ESCC – SM de 2012 ont fourni des renseignements sur leur sexe, leur âge, leur statut d'immigrant et leur état matrimonial. On a établi quatre groupes d'âge, à savoir 15 à 24 ans, 25 à 44 ans, 45 à 64 ans, et 65 ans et plus. Les personnes nées à l'extérieur du Canada qui n'avaient pas la citoyenneté canadienne ont été considérées comme des immigrants. Par ailleurs, les participants ont été regroupés selon trois catégories d'état matrimonial : marié(e) / conjoint(e) de fait; divorcé(e)/séparé(e)/veuf(veuve); et célibataire/jamais marié(e).

Ressources habilitantes

Étaient considérées comme des ressources habilitantes le niveau de scolarité, le revenu du ménage, la situation d'emploi et l'emplacement. Le plus haut niveau de scolarité était réparti en trois catégories : pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, et études postsecondaires au moins partielles. Le revenu correspondait au ratio du revenu du ménage au seuil de faible revenu[25] et a été subdivisé en quintiles. La situation d'emploi indiquait si le participant à l'enquête avait travaillé au cours des deux semaines ayant précédé l'entrevue de l'ESCC – SM de 2012. Les résidents des collectivités comptant 1 000 habitants ou plus dont la densité de population était d'au moins 400 personnes par kilomètre carré ont été considérés comme vivant dans un centre de population (par opposition à une région rurale).

Facteurs liés aux besoins

Trouble mental ou trouble lié à l'utilisation d'une substance. La *Composite International Diagnostic Interview 3.0* des World Mental Health Surveys (WMH-CIDI)[26] est un outil normalisé qui permet d'évaluer les troubles mentaux en fonction des critères du DSM-IV (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Quatrième édition*) et qui est couramment utilisé dans le cadre d'enquêtes auprès de la population[27,28]. Six troubles mentaux (au cours de la vie et au cours de l'année précédente) ont été pris en compte dans l'ESCC – SM de 2012 : la dépression; le trouble bipolaire; le trouble anxieux généralisé; l'abus d'alcool et la dépendance à l'alcool; l'abus de cannabis et la dépendance au cannabis; et l'abus de drogues et la dépendance aux drogues. Des algorithmes de diagnostic ont permis d'identifier les participants à l'enquête qui satisfaisaient aux critères pour chaque trouble. La présente analyse porte uniquement sur les troubles de santé mentale ou les troubles liés à l'utilisation d'une substance éprouvés au cours des 12 mois précédents. Les participants ont été regroupés en quatre catégories mutuellement exclusives : 1) pas de trouble de santé mentale / trouble lié à l'utilisation d'une substance; 2) un ou plusieurs troubles de l'humeur et (ou) troubles anxieux (dépression, trouble bipolaire ou trouble anxieux généralisé); 3) un ou plusieurs troubles liés à l'utilisation d'une substance (abus d'alcool et (ou) de cannabis et (ou) de drogues ou dépendance à l'alcool et (ou) au cannabis et (ou) aux drogues; et 4) troubles concomitants (trouble de l'humeur ou trouble anxieux et n'importe quel trouble lié à l'utilisation d'une substance). Les troubles concomitants désignent les troubles subis au cours de la même période, mais pas nécessairement en même temps.

Détresse psychologique. L'échelle K6 est une mesure validée de la détresse psychologique; une valeur de 13 ou plus est un indice permettant de prédire une maladie mentale grave[29]. Cela étant dit, la détresse psychologique a été associée à un besoin perçu de SSM, qu'elle soit accompagnée ou non d'un trouble mental[1,11]. Aux fins de la présente étude, l'échelle K6 a été utilisée comme indicateur de la détresse, et non comme indicateur du trouble mental. On a créé une variable dichotomique en fixant une valeur seuil de 4; une cote supérieure à 4 sur l'échelle K6 représente une détresse élevée[30].

Nombre de problèmes de santé physique chroniques. On a additionné ensemble les problèmes de santé physique diagnostiqués par un professionnel de la santé qui avaient duré ou devaient vraisemblablement durer six mois ou plus (p. ex., arthrite, hypertension, diabète); les participants ont été classés selon les catégories du nombre de problèmes de santé chroniques suivantes : 0, 1, 2 ou 3 ou plus. Les problèmes de santé considérés comme étant des troubles mentaux sont exclus de cette mesure.

Obstacles perçus

Pour chaque type de besoin de SSM non satisfait ou partiellement satisfait, les participants à l'enquête ont indiqué les obstacles perçus à l'obtention de SSM. Dans une étude menée en 2002[31], Sanmartin *et coll.* ont proposé deux types d'obstacles à l'obtention de soins de santé en général, à savoir les caractéristiques du système de soins de santé et la situation personnelle. D'autres études[8,15,32] ont montré que beaucoup de gens préfèrent se débrouiller tout seul pour gérer leur santé mentale. Ainsi, dans la présente analyse, les obstacles sont regroupés selon trois catégories : 1) caractéristiques du système de soins de santé (« aide non disponible ou difficilement accessible », « problème de langue »); 2) situation personnelle (« ne savait pas comment ou à quel endroit obtenir ce type d'aide », « n'a pas trouvé le temps de s'en occuper », « obstacle lié au travail », « ne faisait pas confiance au système de soins de santé ou aux services sociaux », « n'avait pas les moyens financiers », « l'assurance ne couvrait pas les frais », « avait peur de ce que les autres pourraient penser »); et 3) préférait se débrouiller tout seul.

Analyse

On a calculé des statistiques descriptives pour déterminer le pourcentage de Canadiens âgés de 15 ans et plus qui percevaient avoir des besoins de SSM (pour tous les types confondus et séparément). Les besoins ont été explorés en fonction de la présence de facteurs de risque de besoin de SSM : trouble de santé mentale ou lié à l'utilisation d'une substance, détresse, et problèmes de santé physique chroniques. Une analyse de régression logistique a servi à examiner les liens indépendants entre ces facteurs de risque et le fait d'éprouver n'importe quel besoin de SSM (par rapport à aucun besoin). Les facteurs de prédisposition (sexe, groupe d'âge, statut d'immigrant et état matrimonial) et les facteurs habilitants (niveau de scolarité, revenu du ménage, situation d'emploi et centre de population / région rurale) ont été inclus en tant que covariables.

Chez les personnes ayant perçu un besoin de SSM (n = 4 816), l'état des besoins correspondait au pourcentage de besoins non satisfaits, partiellement satisfaits et satisfaits. Les liens entre les facteurs de risque et l'état des besoins ont été explorés grâce à des analyses de régression logistique multinomiale (tous les besoins confondus, information, médicaments ou consultation). Cette technique permet d'effectuer une comparaison des niveaux d'une variable dépendante non ordonnée à réponses multiples, par laquelle on peut observer l'effet d'une variable indépendante pour chaque niveau de la variable dépendante. Dans le cas présent, on a comparé les besoins non satisfaits et partiellement satisfaits avec la catégorie de référence, soit les besoins satisfaits. Les facteurs de prédisposition et les facteurs habilitants ont été inclus à titre de covariables.

Pour déterminer pourquoi les besoins de SSM n'étaient pas entièrement satisfaits, on a utilisé des analyses descriptives pour examiner les obstacles à l'obtention de SSM chez les personnes ayant déclaré des besoins non satisfaits ou partiellement satisfaits.

Toutes les analyses ont été effectuées au moyen de SAS 9.2. Des poids

d'échantillonnage ont été appliqués aux données afin que les résultats des analyses soient représentatifs de la population canadienne. En outre, des poids *bootstrap* ont été appliqués au moyen de SUDAAN 11.0 pour tenir compte de la sous-estimation des erreurs types attribuable à la complexité du plan d'enquête[33].

Résultats

Besoin de SSM chez une personne sur six

En 2012, 17 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont déclaré avoir eu besoin de SSM au cours des 12 mois précédents (tableau 1). Comme une même personne pouvait déclarer plus d'un type de besoin, la somme des pourcentages pour chaque type est supérieure à 17 % : 12 % des participants ont déclaré un besoin de services de consultation, 10 %, un besoin pour des médicaments, 7 %, un besoin en matière d'information, et 1 %, un autre type de besoin.

Comme on pouvait s'y attendre, la prévalence des besoins de SSM était beaucoup plus élevée chez les personnes ayant un trouble mental. Les trois quarts des personnes ayant un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux ont déclaré un besoin de SSM. Et bien que seulement le quart des personnes ayant un trouble lié à l'utilisation d'une substance aient déclaré un besoin de SSM, environ 9 personnes sur 10 parmi celles ayant déclaré un trouble de santé mentale et un trouble lié à l'utilisation d'une substance concomitants avaient un besoin perçu de SSM. Peu importe le trouble de santé mentale ou le trouble lié à l'utilisation d'une substance, le besoin le plus souvent déclaré était le besoin de services de consultation.

Les personnes éprouvant des niveaux élevés de détresse ou ayant des problèmes de santé physique chroniques ont déclaré un besoin de SSM plus fréquemment que celles qui éprouvaient de faibles niveaux de détresse ou qui n'avaient pas de problèmes de santé physique chroniques.

Même lorsqu'on tient compte des facteurs de prédisposition (par exemple, l'âge et le sexe) et des facteurs habilitants (par exemple, le niveau de scolarité et le revenu du ménage), les liens entre les besoins de SSM et les troubles mentaux, la détresse et les problèmes de santé physique chroniques persistent (tableau 2). Chez les personnes ayant un trouble de santé mentale ou un trouble lié à l'utilisation d'une substance, quelle qu'en soit la catégorie, la cote exprimant le risque de percevoir un besoin de SSM était beaucoup plus élevée que chez les personnes qui ne souffraient pas de trouble de santé mentale ou de trouble lié à l'utilisation d'une substance. Elle était en outre plus élevée chez les personnes qui éprouvaient un niveau élevé de détresse ou qui avaient un problème de santé physique chronique que chez les personnes n'ayant déclaré qu'un faible niveau de détresse ou aucun problème de santé physique chronique.

Réponse aux besoins de SSM perçus

En 2012, environ 600 000 Canadiens ont déclaré avoir eu un besoin de SSM non satisfait au cours des 12 mois précédents, et plus de 1 000 000 ont dit avoir eu un besoin de SSM partiellement satisfait (données non présentées). La mesure dans laquelle ces besoins ont été satisfaits dépendait du type de besoin (tableau 3). Les besoins de médicaments étaient les plus susceptibles d'être satisfaits (91 %). En ce qui a trait aux besoins en matière d'information, environ 7 personnes sur 10 estiment qu'ils ont été satisfaits. Les besoins de services de consultation, quant à eux, étaient les moins susceptibles d'être satisfaits : 65 % des participants considèrent qu'ils ont été satisfaits, 16 %, qu'ils ont été partiellement satisfaits et 20 %, qu'ils ont été non satisfaits.

Tableau 1
Prévalence des besoins perçus de soins de santé mentale (SSM), selon les facteurs de risque de besoin de SSM et le type de besoin, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2012

Facteur de risque de besoin de SSM	Type de besoin de SSM				
	N'importe lequel[1]	Information	Médicaments	Consultation	Autres
	%				
Total	**17,5**	**6,8**	**9,8**	**12,4**	**0,9**
Trouble de santé mentale / lié à l'utilisation d'une substance					
Trouble de l'humeur ou trouble anxieux	75,3	40,9	50,7	65,7	3,2[E]
N'importe quel trouble lié à l'utilisation d'une substance	25,0	11,2	10,0	20,5	x
Trouble de l'humeur ou trouble anxieux et n'importe quel trouble lié à l'utilisation d'une substance	86,1	50,1	56,4	76,4	F
Aucun	12,7	4,0	6,7	8,1	0,7
Détresse					
Faible (K6 ≤ 4)	10,0	3,0	5,2	6,2	0,6
Élevée (K6 > 4)	42,3	19,5	25,1	32,7	1,9
Problème de santé physique chronique					
Aucun	12,1	4,5	4,8	9,0	0,8
Un	17,0	6,5	9,2	11,8	0,9[E]
Deux	21,4	7,4	13,3	15,2	0,9[E]
Trois ou plus	29,2	13,2	21,4	20,1	1,5[E]

[1] Comme les participants à l'enquête pouvaient déclarer plus d'un type de besoin de SSM, la somme des pourcentages ne correspond pas nécessairement à la valeur « n'importe lequel ».
[E] à utiliser avec prudence
F trop peu fiable pour être publié
x confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, 2012

Les facteurs de risque relatifs aux SSM sont aussi liés à l'état des besoins perçus de SSM (tableau 4). Les personnes éprouvant « n'importe quel » besoin de SSM qui avaient un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux, ou encore des troubles concomitants, étaient plus susceptibles d'avoir des besoins partiellement satisfaits (plutôt que satisfaits), comparativement aux personnes n'ayant pas de trouble de santé mentale ou de trouble lié à l'utilisation d'une substance. En revanche, les personnes souffrant d'un trouble mental n'étaient pas plus susceptibles que les autres d'avoir des besoins non satisfaits plutôt que satisfaits.

Les personnes éprouvant des niveaux élevés de détresse étaient plus susceptibles que celles vivant de faibles niveaux de détresse d'avoir à la fois des besoins non satisfaits et des besoins partiellement satisfaits (plutôt que satisfaits) (tableau 4). Dans le cadre d'une analyse de suivi (données non présentées), on a exploré le lien entre tout besoin de SSM et des niveaux de détresse plus détaillés : détresse faible (cote de 0 à 4 sur l'échelle K6; 77 % de l'échantillon); détresse moyenne (cote de 5 à 12 sur l'échelle K6; 21 %); et détresse élevée (cote de 13 ou plus sur l'échelle K6; 2 %). À cause de la forte corrélation entre la détresse et la présence d'un trouble mental (rang de Spearman $r = 0,4$), les variables relatives aux troubles mentaux ont été exclues de l'analyse. Comparativement aux personnes dont les niveaux de détresse étaient faibles, celles ayant un niveau moyen de détresse étaient plus de deux fois plus susceptibles d'avoir des besoins de SSM non satisfaits ou partiellement satisfaits (plutôt que satisfaits); quant à elles, les personnes dont les niveaux de détresse étaient élevés étaient plus de trois fois plus susceptibles d'avoir des besoins non satisfaits et sept fois plus susceptibles d'avoir des besoins partiellement satisfaits (plutôt que satisfaits).

À titre de comparaison, les personnes ayant deux problèmes de santé physique chroniques ou plus étaient moins susceptibles d'avoir des besoins de SSM non satisfaits (plutôt que satisfaits), comparativement aux personnes qui n'avaient pas de problème de santé physique chronique (tableau 4).

Consultation

Étant donné que les services de consultation constituent à la fois le type de besoin de SSM le plus susceptible d'être déclaré et le moins susceptible d'être satisfait, on a examiné les associations entre les facteurs de risque et les besoins non satisfaits, partiellement satisfaits et satisfaits en matière de services de consultation (données non présentées). Lorsque les facteurs de prédisposition,

Tableau 2
Rapports de cotes corrigés reliant les facteurs de risque liés aux soins de santé mentale (SSM) à la perception de besoin de n'importe quel SSM, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2012

Facteurs de risque liés aux SSM	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	
		de	à
Trouble de santé mentale / lié à l'utilisation d'une substance			
Aucun†	1,00		
Trouble de l'humeur ou trouble anxieux	9,17*	7,36	11,43
N'importe quel trouble lié à l'utilisation d'une substance	1,92*	1,49	2,48
Trouble de l'humeur ou trouble anxieux et n'importe quel trouble lié à l'utilisation d'une substance	19,79*	10,16	38,57
Détresse			
Faible (K6 ≤ 4)†	1,00		
Élevée (K6 > 4)	3,79*	3,29	4,35
Problème de santé physique chronique			
Aucun†	1,00		
Un	1,40*	1,19	1,63
Deux	1,69*	1,41	2,03
Trois ou plus	2,44*	2,03	2,92

† catégorie de référence
* valeur significativement différente par rapport à la catégorie de référence ($p < 0,05$)
... n'ayant pas lieu de figurer
Nota : Le modèle contient des variables de contrôle pour le sexe, le groupe d'âge, le statut d'immigrant, l'état matrimonial, le niveau de scolarité, le quintile de revenu du ménage, la situation d'emploi et le fait de vivre dans un centre de population.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, 2012.

Tableau 3
Répartition en pourcentage de l'état du besoin de soins de santé mentale (SSM), selon le type de besoin, population à domicile de 15 ans et plus ayant des besoins perçus de SSM, Canada, territoires non compris, 2012

Type de besoin de SSM	État du besoin de SSM			
	Non satisfait	Partiellement satisfait	Satisfait	Total
		%		
N'importe lequel	12,2	21,1	66,7	100,0
Information	24,5	6,3	69,2	100,0
Médicaments	4,2	4,9	90,9	100,0
Consultation	19,8	15,7	64,5	100,0
Autre	0,0	17,3E	82,7	100,0

E à utiliser avec prudence
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, 2012.

les facteurs habilitants et les facteurs relatifs aux besoins sont pris en compte, les personnes ayant un trouble mental ne sont pas plus susceptibles que celles n'en ayant pas d'avoir des besoins non satisfaits ou partiellement satisfaits (plutôt que satisfaits) en ce qui a trait aux services de consultation. Toutefois, chez les personnes éprouvant un degré élevé de détresse, la cote exprimant le risque d'avoir un besoin non satisfait ou partiellement satisfait (plutôt que satisfait) en matière de services de consultation étaient plus de deux fois plus élevée que pour celles subissant un faible degré de détresse. Les personnes ayant deux problèmes de santé physique chroniques ou plus étaient moins susceptibles que les personnes n'ayant pas ce genre de problème d'avoir des besoins de services de consultation non satisfaits (plutôt que satisfaits).

Obstacles perçus à l'obtention de SSM

Les obstacles à la satisfaction des besoins de SSM mentionnés le plus fréquemment se rapportaient à la situation personnelle. Parmi les personnes ayant déclaré un besoin non satisfait ou partiellement satisfait (tableau 5), la situation personnelle a été invoquée par près des trois quarts d'entre elles. Environ 4 personnes sur 10 ont dit qu'elles préféraient se débrouiller tout seul, tandis qu'une personne sur cinq a indiqué que les caractéristiques du système de soins de santé étaient en cause. La répartition des obstacles déclarés était comparable pour tous les types de besoin.

Discussion

Selon les résultats de l'ESCC – SM de 2012, plus d'un Canadien de 15 ans et plus sur six a déclaré avoir eu besoin de soins de santé mentale au cours des 12 mois précédents. On estime à 600 000 le nombre de personnes ayant eu un besoin perçu de SSM non satisfait, tandis que plus d'un million de personnes ont eu un besoin partiellement satisfait. Les services de consultation constituaient le besoin le plus courant.

À l'instar d'études antérieures qui ont révélé un plus grand besoin de SSM chez les personnes ayant des troubles concomitants de santé mentale ou liés à l'utilisation d'une substance[3,12], la présente analyse montre qu'une grande majorité des personnes souffrant d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble anxieux, ou de celles ayant un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux et un trouble lié à l'utilisation d'une substance concomitants, avaient un besoin perçu de SSM, comparativement à environ le quart des personnes parmi celles n'étant aux prises qu'avec un trouble lié à l'utilisation d'une substance.

Cependant, les résultats d'une étude menée en 2002[12] indiquent que le fait de souffrir d'un trouble mental n'est pas nécessairement lié à la mesure dans laquelle les besoins sont satisfaits. Parmi les personnes ayant estimé avoir besoin de SSM, celles qui avaient un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux,

Tableau 4
Analyses de régression logit multinomiale prédisant l'état des besoins globaux de soins de santé mentale (SSM), selon les facteurs de risque de besoin de SSM, population à domicile de 15 ans et plus ayant un besoin perçu de SSM, Canada, territoires non compris, 2012

État du facteur de risque de besoin de SSM	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	
		de	à
Trouble de l'humeur ou trouble anxieux			
Besoin non satisfait	0,90	0,59	1,38
Besoin partiellement satisfait	1,51*	1,15	1,98
Besoin satisfait†	1,00	...	...
N'importe quel trouble lié à l'utilisation d'une substance			
Besoin non satisfait	1,27	0,71	2,26
Besoin partiellement satisfait	1,42	0,87	2,30
Besoin satisfait†	1,00	...	...
Trouble de l'humeur ou trouble anxieux et n'importe quel trouble lié à l'utilisation d'une substance			
Besoin non satisfait	0,91	0,48	1,74
Besoin partiellement satisfait	2,03*	1,26	3,27
Besoin satisfait†	1,00	...	...
Détresse élevée			
Besoin non satisfait	2,61*	1,87	3,63
Besoin partiellement satisfait	2,70*	2,03	3,58
Besoin satisfait†	1,00	...	...
Un problème de santé physique chronique			
Besoin non satisfait	0,73	0,50	1,06
Besoin partiellement satisfait	0,91	0,65	1,28
Besoin satisfait†	1,00	...	...
Deux problèmes de santé physique chroniques			
Besoin non satisfait	0,41*	0,25	0,65
Besoin partiellement satisfait	0,88	0,61	1,26
Besoin satisfait†	1,00	...	...
Trois problèmes de santé physique chroniques ou plus			
Besoin non satisfait	0,41*	0,24	0,71
Besoin partiellement satisfait	1,15	0,81	1,64
Besoin satisfait †	1,00	...	...

† catégorie de référence
* valeur significativement différente par rapport à la catégorie de référence ($p < 0,05$)
... n'ayant pas lieu de figurer

Nota : Le modèle contient des variables de contrôle pour le sexe, le groupe d'âge, le statut d'immigrant, l'état matrimonial, le niveau de scolarité, le quintile de revenu du ménage, la situation d'emploi et le fait de vivre dans un centre de population.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, 2012.

avec ou sans problème concomitant lié à l'utilisation d'une substance, étaient plus susceptibles d'avoir un besoin de SSM partiellement satisfait (plutôt que satisfait). Elles n'étaient toutefois pas plus susceptibles d'avoir un besoin non satisfait, ce qui indique qu'en plus de percevoir un besoin, elles étaient plus susceptibles d'avoir recours à des SSM. Ce fait illustre l'importance de bien éclaircir la mesure dans laquelle les besoins de SSM sont satisfaits.

Qu'il soit accompagné ou non d'un trouble mental, un niveau élevé de détresse était associé à la mesure dans laquelle les besoins perçus de SSM étaient satisfaits, même lorsqu'on tenait compte des facteurs de prédisposition et des facteurs habilitants. Mais, les données étant transversales, on ne peut déterminer la direction de l'association, c'est-à-dire si les personnes éprouvant de la détresse sont plus susceptibles de percevoir des besoins non satisfaits, ou si les personnes dont les besoins ne sont pas satisfaits sont plus susceptibles d'éprouver de la détresse.

À l'instar d'un travail de recherche antérieur[12], la présente étude donne à penser que les personnes ayant un problème de santé physique chronique sont plus susceptibles d'avoir un besoin perçu de SSM, comparativement aux personnes n'ayant pas de tels problèmes de santé. La présente étude a trouvé en outre que ces personnes sont moins susceptibles d'avoir des besoins de SSM non satisfaits (plutôt que satisfaits), ce qui peut refléter la tendance chez les personnes ayant plusieurs problèmes de santé chroniques à avoir des contacts plus fréquents avec des professionnels du milieu médical[34], qui peuvent les diriger ensuite vers des SSM.

Bien que la présente analyse laisse supposer un lien entre la santé physique et la santé mentale, des travaux de recherche menés antérieurement ont contribué à faire ressortir les différences entre les obstacles aux SSM et aux soins de santé en général. Dans le cadre de la présente étude, on estime que 19 % des besoins perçus non satisfaits ou partiellement satisfaits étaient attribuables aux caractéristiques du système de soins de santé et que 73 % étaient attribuables à la situation personnelle. En comparaison, dans une étude réalisée par Sanmartin *et coll.*[31], 52 % des participants ont déclaré que les obstacles aux soins de santé en général tenaient aux caractéristiques du système de soins de santé et 69 % les ont attribués à leur situation personnelle. En outre, dans la présente étude, près de la moitié des personnes ayant déclaré un besoin de SSM non satisfait ou partiellement satisfait ont déclaré qu'elles préféraient se débrouiller toutes seules pour gérer ce besoin.

Limites et orientations futures

La présente analyse comporte plusieurs limites, qu'il importe de souligner. Les cas de troubles mentaux ont été relevés à partir d'un algorithme fondé sur les réponses au CIDI et non à partir de diagnostics cliniques. Or, certains troubles mentaux seulement étaient pris en compte dans l'ESCC – SM de 2012 (p. ex., les troubles de la personnalité ne l'étaient pas), et l'échantillon de l'enquête excluait la population vivant en établissement. La prévalence des troubles mentaux et des besoins de SSM, pris ensemble, pourrait être sous-estimée.

Qui plus est, l'analyse est axée sur les besoins *perçus* de SSM, et ne tient donc pas compte des personnes qui ne perçoivent pas de besoin de SSM, mais qui pourraient en bénéficier. À l'avenir,

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Beaucoup de Canadiens ont des besoins perçus de soins de santé mentale (SSM), mais ces besoins ne sont pas tous satisfaits.
- Les travaux de recherche antérieurs et les données d'enquêtes nationales sur les besoins perçus des Canadiens en matière de SSM ont porté principalement sur les besoins non satisfaits dans leur ensemble et non sur les types spécifiques de besoins ou sur la mesure dans laquelle les besoins sont satisfaits.

Ce qu'apporte l'étude

- Selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (ESCC – SM) menée en 2012, environ 17 % de la population de 15 ans et plus a déclaré avoir éprouvé un besoin de SSM au cours des 12 mois précédents.
- De ceux-ci, les deux tiers (67 %) ont dit que leurs besoins ont été satisfaits; 21 % et 12 % les ont décrits respectivement comme ayant été partiellement satisfaits et non satisfaits.
- Le besoin à la fois le plus souvent mentionné et le moins susceptible d'être satisfait est celui pour des services de consultation.
- La détresse est associée à l'état des besoins perçus de SSM.

Tableau 5
Obstacles à l'obtention de soins de santé mentale (SSM), selon le type de besoin de SSM, population à domicile de 15 ans et plus ayant des besoins de SSM non satisfaits ou partiellement satisfaits, Canada, territoires non compris, 2012

	Type de besoin de SSM non satisfait / partiellement satisfait			
Obstacle	N'importe lequel	Information	Médicaments	Consultation
	%			
Caractéristiques du système de soins de santé	19,2	22,4	10,8[E]	17,9
Situation personnelle	73,1	73,7	70,3	71,0
Préférait se débrouiller tout(e) seul(e)	43,2	36,3	32,3	39,6

[E] à utiliser avec prudence

Nota : Comme les répondants pouvaient déclarer plus d'un type d'obstacle, la somme des pourcentages peut être supérieure à 100 %.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, 2012.

d'autres travaux de recherche fondés sur l'ESCC – SM pourraient examiner les différences de l'état des besoins perçus en fonction de l'utilisation des services.

Enfin, la présente étude ne tient pas compte de certains facteurs qui pourraient influer sur les besoins de SSM, par exemple, le fait d'avoir un médecin traitant ou d'être couvert par une assurance[24].

Mot de la fin

Les points forts de la présente analyse comprennent un examen des besoins de SSM par type de besoin (information, médicaments, consultation, ou autre), une détermination de la mesure dans laquelle les besoins de SSM sont satisfaits (entièrement, partiellement ou pas du tout), ainsi qu'un vaste échantillon axé sur la population. Les résultats portent à croire que beaucoup de Canadiens perçoivent un besoin de SSM, particulièrement en matière de consultation. La présence d'un trouble mental, d'un niveau élevé de détresse ou de problèmes de santé physique chroniques est liée positivement avec le fait de percevoir des besoins de SSM, dont bon nombre sont non satisfaits ou seulement partiellement satisfaits. De plus, un niveau élevé de détresse permet de prédire une plus grande probabilité que les besoins soient non satisfaits ou partiellement satisfaits. La plupart des obstacles perçus à l'obtention de SSM sont liés à la situation personnelle, bien que dans près du cinquième des cas, on invoque les caractéristiques du système de soins de santé. ■

Remerciements

Les auteurs sont très reconnaissants envers Philippe Finès, pour ses conseils par rapport à la méthode analytique, et Claudia Sanmartin, pour ses commentaires à l'égard d'une ébauche de l'article.

Références

1. J. Sareen, B.J. Cox, T.O. Afifi *et al.*, « Perceived need for mental health treatment in a nationally representative Canadian sample », *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(10), 2005, p. 643-651.
2. C.H. Nelson et J. Park, « The nature and correlates of unmet health care needs in Ontario, Canada », *Social Science and Medicine*, 62, 2006, p. 2291-2300.
3. K.A. Urbanoski, B.R. Rush, C.T. Wild *et al.*, « Use of mental health care services by Canadians with co-occurring substance dependence and mental disorders », *Psychiatric Service*, 58(7), 2007, p. 962-969.
4. A.F. Lehman et D.M. Steinwachs, « Translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations », *Schizophrenia Bulletin*, 24, 1998, p. 1-10.
5. Agency for Health Care Policy and Research, *Depression in Primary Care, Volume 2: Treatment of Major Depression*, Rockville, Maryland, Agency for Health Care Policy and Research, 1993.
6. American Psychiatric Association, *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Bipolar Disorder*, Washington D.C., American Psychiatric Association, 1994.
7. American Psychiatric Association, *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Panic Disorder*, Washington D.C., American Psychiatric Association, 1998.
8. K.A. Urbanoski, J. Cairney, D.G. Bassani et B.R. Rush, « Perceived unmet need for mental health care for Canadians with co-occurring mental and substance use disorders », *Psychiatric Services*, 59(3), 2008, p. 283-289.
9. J.M. Starkes, C.C. Poulin et S.R. Kisely, « Unmet need for the treatment of depression in Atlantic Canada », *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(10), 2005, p. 580-590.
10. C. Pearson et T. Janz, « Troubles de santé mentale au Canada » [traduction], *Coup d'œil sur la santé* (nº 82-624-X au catalogue de Statistique Canada), Ottawa, Statistique Canada, 2013 [à paraître].
11. J. Sareen, M.B. Stein, D.W. Campbell *et al.*, « The relationship between perceived need for mental health treatment, DSM diagnosis and quality of life: A Canadian population-based survey », *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 2005, p. 87-94.
12. R. Mojtabai, M. Olfson et D. Mechanic, « Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders », *Archives of General Psychiatry*, 59, 2002, p. 77-84.
13. P.E. Bebbington, L. Marsden et C.R. Brewin, « The need for psychiatric treatment in the general population », *Psychological Medicine*, 27, 1997, p. 821-834.
14. R. Mojtabai, « Unmet need for treatment of major depression in the United States », *Psychiatric Services*, 60(3), 2009, p. 297-305.
15. J.L. Wang, « Perceived barriers to mental health services use among individuals with mental disorders in the Canadian general population », *Medical Care*, 44(2), 2006, p. 192-195.
16. Statistique Canada, Guide de l'utilisateur de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Santé mentale*, Ottawa, Statistique Canada, 2013.
17. G. Meadows, P. Burgess, E. Fossey et C. Harvey, « Perceived need for mental health care, findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being », *Psychological Medicine*, 30, 2000, p. 645-656.
18. C.E. Grella, M.P. Karno, U.S. Warda *et al.*, « Perceptions of need and help received for substance dependence in a national probability survey », *Psychiatric Services*, 60(8), 2009, p. 1068-1074.
19. H. Helmchen et M. Linden, « Subthreshold disorders in psychiatry: Clinical reality, methodological artifact, and the double-threshold problem », *Comprehensive Psychiatry*, 41, 2000, p. 1-7.
20. M. Preisig, K.R. Merikangas et J. Angst, « Clinical significance and comorbidity of subthreshold depression and anxiety in the community », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 2001, p. 96-103.
21. R.C. Durham, P.L. Fisher, M.G.T. Dow *et al.*, « Cognitive behaviour therapy for good and poor prognosis generalized anxiety disorder: A clinical effectiveness study », *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 2004, p. 145-157.
22. R.C. Kessler, K.R. Merikangas, P. Berglund *et al.*, « Mild disorders should not be eliminated from the DSM-V », *Archives of General Psychiatry*, 60(11), 2003, p. 1117-1122.
23. E. Bergeron, L.R. Poirer, L. Fournier *et al.*, « Determinants of service use among young Canadians with mental disorders », *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(10), 2005, p. 629-636.

24. R.M. Andersen, « Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? », *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1995, p. 1-10.

25. Statistique Canada, « Les seuils de faible revenu de 2008 et les mesures de faible revenu de 2007 », *Série de documents de recherche – Revenu*, no. 002 (nº 75F002M au catalogue), Ottawa, ministre de l'Industrie, 2009.

26. R.C. Kessler et T.B. Ustun, « The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI) », *The International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 2004, p. 93-121.

27. R.C. Kessler, P. Berglund, W.T. Chiu *et al.*, « The US National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): Design and field procedures », *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 2004, p. 1369-1392.

28. Australian Bureau of Statistics, *2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing: User's Guide* (Catalogue 4327.0), Canberra, Australian Bureau of Statistics, 2009.

29. R.C. Kessler, J. Greif Green, M.J. Gruber *et al.*, « Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative », *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19(Suppl. 1), 2010, p. 4-22.

30. K. Wilkins, « Prédicteurs du décès chez les personnes âgées », *Rapports sur la santé*, 16(supplément), 2005, p. 63-74.

31. C. Sanmartin, C. Houle, S. Tremblay et J.-M. Berthelot, « Besoins non satisfaits de soins de santé : évolution », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 17-24.

32. L. Steele, C. Dewa et K. Lee, « Socioeconomic status and self-reported barriers to mental health service use », *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(3), 2007, p. 201-206.

33. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5(3), 1996, p. 283-310.

34. A. Nabalamba et W.J. Millar, « Aller chez le médecin », *Rapports sur la santé*, 18(1), 2007, p. 25-39.